

BUKU PANDUAN KERJA

CLINICAL SKILL LAB (CSL) V

KEDOKTERAN TROPIS



**Disajikan pada Mahasiswa Semester IV
Fakultas Kedokteran Unhas**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2015**

DAFTAR ISI

- 1. Kata pengantar:**
- 2. Daftar penyusun**
- 3. Tata tertib**
- 3. Manual 1 Anamnesis pasien bercak kulit**
 - Tujuan pembelajaran
 - Deskripsi kegiatan
 - Langkah kegiatan
 - Contoh status pasien
 - Daftar tilik
- 4. Manual 2 Pemeriksaan fisis pasien bercak kulit**
 - Tujuan pembelajaran
 - Deskripsi kegiatan
 - Langkah kegiatan
 - Contoh status pasien
 - Daftar tilik
- 5. Manual 3 Anamnesis pasien demam**
 - Tujuan pembelajaran
 - Deskripsi kegiatan
 - Langkah kegiatan
 - Contoh status pasien
 - Daftar tilik
- 6. Manual 4 Pemeriksaan fisis demam**
 - Tujuan pembelajaran
 - Deskripsi kegiatan
 - Langkah kegiatan
 - Contoh status pasien
 - Daftar tilik
- 7. Manual 5 Kerokan kulit**
 - Tujuan pembelajaran
 - Deskripsi kegiatan
 - Langkah kegiatan
 - Contoh status pasien
 - Daftar tilik
- 8. Manual 7 Apusan cairan kulit**
 - Tujuan pembelajaran
 - Deskripsi kegiatan
 - Langkah kegiatan
 - Contoh status pasien
 - Daftar tilik

KATA PENGANTAR

Kumpulan manual keterampilan klinik dan laboratorium diberikan untuk mahasiswa yang mengambil mata kuliah Kedokteran Tropis pada semester VI dan instruktur yang mendampingi mahasiswa pada kegiatan keterampilan ini. Tujuan instruksional umum (TIU) dan tujuan instruksional khusus (TIK) yang disajikan pada setiap modul dimaksudkan agar mahasiswa dan instruktur mengetahui tujuan pembelajaran dari setiap manual sehingga dapat dicapai kompetensi minimal yang diharapkan.

Deskripsi kegiatan yang akan dilakukan pada setiap latihan keterampilan dilengkapi dengan alokasi waktu sehingga penggunaan waktu 90 menit untuk setiap latihan dapat dipergunakan seefisien mungkin. Langkah kegiatan adalah merupakan tahap demi tahap kegiatan yang tidak boleh dipertukarkan satu sama lain sehingga konsistensi dari alur keterampilan tetap terjaga.

Setiap manual dilengkapi dengan lembar kerja sehingga mahasiswa dapat mencatat kegiatan yang dilakukan selama latihan keterampilan, instruktur diharapkan mengecek lembar kerja ini pada akhir kegiatan. Absensi mahasiswa pada latihan keterampilan akan dilengkapi dengan kolom penilaian.

Beberapa hal yang berhubungan dengan kegiatan keterampilan seperti tata tertib, jadwal kegiatan, pembagian ruangan dan nama instruktur juga dilampirkan pada kumpulan manual keterampilan ini.

Kumpulan manual ini masih jauh dari kesempurnaan, saran membangun sangat diperlukan.

Makassar, Mei 2015

Kedokteran Tropis

PENYUSUN

Manual 1

Anamnesis pasien bercak kulit

Penyusun: Sri Vitayani & Sitti Wahyuni

Manual 2

Anamnesis pasien bercak kulit

Penyusun: Sri Vitayani & Sitti Wahyuni

Manual 3

Anamnesis pasien demam

Penyusun: Sitti Wahyuni & Halim Mubin

Manual 4

Pemeriksaan fisis demam

Penyusun: Sitti Wahyuni

Manual 5

Kerokan kulit

Penyusun: Muh. Nasrum Massi, Baedah Madjid
& A.R. Sultan

Manual 6

Apusan tenggorok

Penyusun: Muh. Nasrum Massi, Baedah Madjid
& A.R. Sultan

Manual 7

Apusan cairan kulit

Penyusun: Muh. Nasrum Massi, Firdaus Hamid & Baedah Madjid

**TATA TERTIB
LATIHAN KETERAMPILAN KLINIK & LABORATORIUM**

Mahasiswa yang mengikuti kegiatan ini diharuskan:

1. Membaca manual keterampilan klinik dan laboratorium sebelumnya.
2. Hadir tepat waktu.
3. Dapat membuktikan jatidirinya selama latihan berlangsung (seluruh wajah tampak)
4. Memakai jas praktikum dan papan nama sesuai absensi
5. Berpakaian rapi dan sopan.
6. Berpartisipasi aktif dalam kegiatan latihan keterampilan.
7. Tidak melakukan kegiatan yang tidak berhubungan dengan kegiatan latihan keterampilan.
8. Tidak meletakkan barang lain diatas meja kerja kecuali manual dan bahan latihan keterampilan
9. Tidak merusak bahan dan alat latihan keterampilan. Setiap kerusakan harus diganti dalam waktu maksimal satu minggu.
10. Meninggalkan ruangan latihan keterampilan dalam keadaan rapi dan bersih.
11. Aturan diatas berlaku sejak memasuki koridor skill lab di laboratorium terpadu lantai 1 dan 2.

MANUAL 1

KETERAMPILAN ANAMNESIS PASIEN DENGAN KELUHAN UTAMA BERCAK PADA KULIT

TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Pada akhir latihan keterampilan ini, mahasiswa diharapkan mampu melakukan anamnesis yang menuntun ke arah diagnosis penyakit tropis pada pasien dengan gejala utama adanya bercak pada kulit.

Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

1. Mampu dan terampil melakukan komunikasi dengan pasien
2. Mampu dan terampil membina sambung rasa dan memberikan rasa empati.
3. Mampu dan terampil menggali informasi mengenai bercak kulit yang dialami pasien.
4. Mampu dan terampil melakukan anamnesis terpinpin yang mengarah ke diagnosis penyakit tropis dengan keluhan utama bercak pada kulit
5. Mampu dan terampil memberikan informasi kepada pasien mengenai tindakan selanjutnya yang akan dilakukan berdasarkan hasil anamnesis yang telah dikumpulkan.
6. Mampu dan terampil membuat resume dari semua informasi yang didapat pada anamnesis dengan keluhan utama bercak pada kulit.

INDIKASI

Pasien dengan gejala bercak pada kulit dengan suspek:

- Leprosi
- Infeksi bakteri non leprosi
- Infeksi jamur
- Infeksi virus
- Infeksi parasit
- Kelainan kulit non spesifik

BAHAN DAN ALAT

- Meja kerja
- Kursi pasien
- Kursi dokter
- Buku status pasien dengan lembaran anamnesis.

DESKRIPSI KEGIATAN

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
1. Pengantar	5 menit	<p>Pengantar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruktur menerangkan tentang tujuan keterampilan ini - Instruktur memperlihatkan bahan dan alat yang diperlukan untuk melakukan keterampilan ini
2. Demonstrasi	20 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seorang mahasiswa bertindak sebagai pasien 2. Mentor memperlihatkan cara menggali informasi mengenai bercak pada kulit yang dialami pasien. 3. Mentor memperlihatkan cara melakukan anamnesis terpinpin yang mengarah ke diagnosis penyakit tropis dengan keluhan utama bercak pada kulit. 4. Mentor memperlihatkan cara menginformasikan kepada pasien mengenai tindakan selanjutnya yang akan dilakukan berdasarkan hasil anamnesis yang telah dikumpulkan. 5. Mentor memperlihatkan cara membuat resume dari semua informasi yang didapat pada anamnesis dengan keluhan utama bercak pada kulit 6. Mahasiswa diminta untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas sehubungan dengan kegiatan keterampilan ini
3. Praktek bermain peran dengan umpan balik	55 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mahasiswa dibagi menjadi berpasang pasangan, satu orang berperan sebagai dokter dan satu orang berperan sebagai pasien 2. Yang berperan sebagai dokter melakukan kegiatan: menggali informasi mengenai bercak pada kulit yang dialami pasien, melakukan anamnesis terpinpin yang mengarah ke diagnosis penyakit tropis dengan keluhan utama bercak pada kulit, menginformasikan kepada pasien mengenai tindakan selanjutnya yang akan dilakukan berdasarkan hasil anamnesis yang telah dikumpulkan dan membuat resume dari semua informasi yang didapat pada anamnesis dengan keluhan utama bercak pada kulit. 3. Bertukar peran 4. Mentor berkeliling di antara mahasiswa dan melakukan supervisi 5. Mentor mengoreksi hal-hal yang belum sempurna
4. Curah pendapat dan diskusi	10 menit	<p>Mahasiswa diberi kesempatan untuk mengemukakan pendapatnya tentang kegiatan yang dilakukan</p>
Total waktu	90 menit	

LANGKAH KEGIATAN

NO.	Kegiatan yang dilakukan
	Persiapan pasien
1	Persilahkanlah pasien masuk ke dalam ruangan.
2	Sapalah pasien dan keluarganya dengan penuh keakraban.
3	Perkenalkanlah diri sambil menjabat tangan pasien.
4	Persilahkanlah pasien dan keluarganya untuk duduk.
5	Tunjukkanlah sikap empati pada pasien.
6	Berikan informasi umum pada pasien atau keluarganya tentang anamnesis yang akan anda lakukan, tujuan dan manfaat anamnesis tersebut untuk keadaan pasien.
7	Berikan jaminan pada pasien dan keluarganya tentang kerahasiaan semua informasi yang didapatkan pada anamnesis tersebut.
8	Jelaskan tentang hak-hak pasien pada pasien atau keluarganya, misalnya tentang hak untuk menolak menjawab pertanyaan yang dianggapnya tidak perlu dijawabnya.
	Anamnesis umum
9	Tanyakanlah data pribadi pasien: nama, umur, alamat, dan pekerjaan
10	Tanyakanlah apa yang menyebabkan pasien datang ke dokter (keluhan utama). Untuk heteroanamnesis tanyakan hubungan pasien dengan pengantar.
	Anamnesis terpimpin
11	Tanyakanlah kapan kelainan kulit tersebut mulai muncul, apakah hilang timbul, menetap, dimana lokasi awalnya dan kemudian muncul dimana.
12	Tanyakanlah apakah disertai demam atau tidak
13	Tanyakanlah apakah disertai gatal atau tidak.
14	Tanyakan apakah bercak kulit ini ada hubungannya dengan gigitan serangga atau luka (trauma)
15	Tanyakanlah apakah bercak kulit ini disertai kram atau nyeri. Jika ada tanyakanlah: <ul style="list-style-type: none"> - kapan mulai terjadi hal tersebut, apakah terjadi mendadak atau tidak. - sifat nyeri atau kram: ringan, sedang, berat; intermitten atau terus menerus; lebih tinggi pada pagi, sore atau malam hari; serangan dengan interval tertentu; hanya pada satu tempat atau terasa seperti semut bergerak. - Apakah ada sakit tulang-tulang, artralgia, mialgia, anoreksia dan malaise. - Nyeri tekan pada lengan dan atau kaki. - Luka di telapak tangan atau kaki
16	Tanyakanlah apakah pasien pernah mengalami keluhan yang sama pada masa lalu.
17	Tanyakanlah riwayat penyakit yang sama dalam lingkup keluarga atau lingkungan sekitar tempat tinggal.

18	Tanyakanlah adanya riwayat kontak dengan penderita penyakit dengan gejala yang sama
19	Tanyakanlah riwayat pengobatan yang pernah diterima dari dokter dan obat yang dibeli sendiri oleh pasien tanpa resep dokter
	Mengakhiri anamnesis
20	Jelaskanlah pada pasien bahwa fase ini hanyalah fase awal dari serangkaian pemeriksaan untuk dapat mengetahui penyakit yang diderita pasien: dan masih diperlukan pemeriksaan fisis untuk mempertajam diagnosis.
	Membuat resume dari hasil anamnesis
21	Kelompokkan semua hasil yang didapatkan dalam suatu tabulasi
22	Membuat satu diagnosis utama dan diagnosis banding dari hasil anamnesis

Lembaran kegiatan mahasiswa

Resume:

Diagnosis anamnesis:

DAFTAR TILIK MANUAL 1

KETERAMPILAN ANAMNESIS PASIEN DENGAN KELUHAN UTAMA BERCAK PADA KULIT

NO.	Kegiatan yang dinilai
Persiapan pemeriksaan	
1	Melakukan sambung rasa dengan penderita dan keluarganya.
2	Melakukan informed consent pada klien dan keluarganya.
Anamnesis umum	
3	Menggali data pribadi klien: nama, umur, alamat, dan pekerjaan
4	Menanyakan alasan utama datang ke dokter
Anamnesis terpimpin	
5	Menggali riwayat penyakit berdasarkan keluhan utama.
6	Menggali gejala lain yang menyertai keluhan utama.
7	Menggali tentang riwayat penyakit yang sama dalam keluarga atau lingkungan sekitar tempat tinggal.
8	Menggali tentang riwayat kontak dengan penderita penyakit dengan gejala bercak pada kulit
9	Menggali riwayat pengobatan yang pernah diterima/digunakan
Mengakhiri anamnesis dan membuat resume	
10	Menjelaskanlah pada klien bahwa fase ini hanyalah fase awal dari serangkaian pemeriksaan untuk dapat mengetahui penyakit yang diderita pasien: dan masih diperlukan pemeriksaan fisis untuk mempertajam diagnosis.
11	Menyusun hasil anamnesis dan membuat resumanya.

Catatan: Daftar tilik diatas berisi kegiatan yang akan dinilai pada ujian keterampilan dimana instruktur diminta memberikan penilaian kepada mahasiswa untuk sebelas daftar tilik diatas (lihat lembaran penilaian mahasiswa)

Nilai :

- 0 bila tidak dilakukan
- 1 bila dilakukan tapi belum memuaskan
- 2 bila memuaskan

Contoh lembaran penilaian mahasiswa untuk manual 1

No	Nama	Stambuk	Kegiatan											Total		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
1	Aminah	2007000C43	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2			20
2																
3																
4																
20																

Skoring untuk manual 1

Total nilai terendah 0, nilai tertinggi 22

Nilai 0-11: tidak terampil

Nilai 12-22: terampil (lulus CSL, nilai ini masih akan diskoring ke C, B & A)

MANUAL 2

KETERAMPILAN PEMERIKSAAN FISIS PASIEN DENGAN KELUHAN UTAMA BERCAK PADA KULIT

TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Pada akhir latihan keterampilan ini, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pemeriksaan fisis yang menuntun ke arah diagnosis penyakit tropis dengan keluhan utama bercak pada kulit.

Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

7. Mampu dan terampil melakukan komunikasi dengan pasien.
8. Mampu dan terampil menjelaskan mengenai pemeriksaan fisis yang akan dilakukan.
9. Mampu dan terampil mempersiapkan pasien sebelum pemeriksaan fisis.
10. Mampu dan terampil melakukan penilaian status pasien secara umum dan pengukur tanda vital.
11. Mampu dan terampil melakukan pemeriksaan melakukan pemeriksaan fisis secara sistematis untuk menegakkan diagnosis pasien dengan keluhan utama bercak pada kulit antara lain dengan cara memeriksa:
 - a. effloresensi kulit.
 - b. tanda-tanda kekeringan dan pecah-pecah pada kulit.
 - c. sensitifitas pada bagian lesi kulit
 - d. perabaan saraf tepi secara simetris kanan dan kiri, untuk melihat adanya pembesaran saraf, konsistensinya, adanya nyeri tekan serta kelainan fungsi saraf.
12. Mampu dan terampil menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan dan rencana pengobatan kepada pasien/keluarganya.
13. Mampu dan terampil membuat resume untuk arsip pasien

INDIKASI

Pasien dengan suspek:

1. leprosi
2. infeksi jamur
3. infeksi bakteri
4. Infeksi virus
5. infeksi parasit
6. Kelainan kulit non spesifik

MEDIA DAN ALAT PEMBELAJARAN

- Air mengalir
- Sabun cair
- Handuk kecil
- Termometer
- Stetoskop
- Tensimeter
- Kaca pembesar
- Alat pengukur tinggi badan dan berat badan
- Kapas yang diruncingkan salah satu ujungnya.
- Jarum suntik steril yang terendam alkohol
- Dua tabung reaksi masing-masing berisi air panas dan air dingin
- Video, slide atau gambar untuk menampilkan tanda klinis yang khas pada beberapa penyakit tropis yang memberikan gambaran bercak pada kulit.
- Tempat sampah medis dan non-medis
- Buku status pasien untuk mencatat hasil pemeriksaan fisis

DESKRIPSI KEGIATAN

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
1. Pengantar	5 menit	<p>Pengantar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruktur menerangkan tentang tujuan keterampilan ini. <p>Instruktur memperlihatkan bahan dan alat yang diperlukan untuk melakukan keterampilan ini.</p>
2. Demonstrasi	15 menit	<ol style="list-style-type: none"> 7. Seorang mahasiswa bertindak sebagai pasien. 8. Mentor memperlihatkan cara mempersiapkan pasien sebelum pemeriksaan fisis. 9. Mentor memperlihatkan cara melakukan penilaian status pasien secara umum dan pengukur tanda vital. 10. Mentor memperlihatkan cara melakukan pemeriksaan fisis secara sistematis untuk menegakkan diagnosis pasien dengan keluhan utama bercak pada kulit antara lain dengan cara memeriksa: <ul style="list-style-type: none"> - effloresensi kulit. - tanda-tanda kekeringan dan pecah-pecah pada kulit. - sensitifitas pada bagian lesi kulit. - saraf tepi secara simetris kanan dan kiri, untuk melihat adanya pembesaran syaraf, konsistensinya, adanya nyeri tekan serta kelainan fungsi saraf (mentor memperlihatkan audiovisual cara pemeriksaan saraf tepi). 11. Mentor memperlihatkan cara menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan dan rencana pengobatan kepada pasien/keluarganya 12. Mentor memperlihatkan cara membuat resume untuk arsip pasien 13. Mahasiswa diminta untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas sehubungan dengan kegiatan keterampilan ini
3. Praktek bermain peran dengan umpan balik	55 menit	<ol style="list-style-type: none"> 6. Mahasiswa dibagi menjadi berpasang pasangan, satu orang berperan sebagai dokter dan satu orang berperan sebagai pasien. 7. Yang berperan sebagai dokter melakukan kegiatan: menjelaskan mengenai pemeriksaan fisis yang akan dilakukan, mempersiapkan pasien sebelum pemeriksaan fisis, melakukan penilaian status pasien secara umum dan pengukur tanda vital, melakukan pemeriksaan fisis pemeriksaan fisis secara sistematis untuk menegakkan diagnosis pasien dengan keluhan utama bercak pada kulit (effloresensi kulit, tanda-tanda kekeringan dan pecah-pecah pada kulit,

		<p>sensitifitas pada bagian lesi kulit, saraf tepi secara simetris kanan dan kiri, untuk melihat adanya pembesaran syaraf, konsistensinya, adanya nyeri tekan serta kelainan fungsi saraf), menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan dan rencana pengobatan kepada pasien/keluarganya dan membuat resume untuk arsip pasien</p> <p>8. Berganti peran.</p> <p>9. Mentor berkeliling di antara mahasiswa dan melakukan supervisi</p> <p>10. Mentor mengoreksi hal-hal yang belum sempurna</p>
4. Curah pendapat dan diskusi	10 menit	Mahasiswa diberi kesempatan untuk mengemukakan pendapatnya tentang kegiatan yang dilakukan
Total waktu	90 menit	

LANGKAH KEGIATAN

No.	Kegiatan yang dilakukan
	Persiapan pasien
1	Menjelaskan mengenai pemeriksaan fisis yang akan dilakukan, tujuan dan manfaatnya
2	Memberikan jaminan pada pasien dan keluarganya tentang kerahasiaan semua informasi yang didapatkan pada pemeriksaan fisis tersebut.
3	Menjelaskan mengenai hak-hak pasien atau keluarganya, misalnya tentang hak untuk menolak untuk diperiksa.
4	Mempersilahkan pasien membuka seluruh pakaian dan memastikan pasien mendapat pencahayaan yang baik selama pemeriksaan fisis.
5	Berdiri disebelah kanan pasien.
	Penilaian status pasien secara umum dan tanda vital
6	Lihat dan catatlah keadaan umum pasien: sakit ringan, sakit sedang atau sakit berat.
7	Tentukanlah status gizi : ukur tinggi dan berat badan (sesuai panduan penentuan status gizi).
8	Ukur dan nilailah tanda vital pasien: tekanan darah, denyut nadi, pernapasan dan suhu.
9	Perhatikanlah seluruh tubuh penderita dari ubun-ubun sampai kaki: <ul style="list-style-type: none"> - apakah ada penipisan rambut kepala dan alis. - apakah ada lagophthalmia pada kelopak mata. - apakah hidung pasien merosot (sadle nose). - didaerah mana bercak yang dimaksud berada
10	Periksa ada tidaknya pembesaran hati, edema kaki, luka pada kaki
	Pemeriksaan bercak kulit
11	Dimana letak bercak tersebut
12	Perhatikanlah jenis effloresensi: eritema, hipopigmentasi, hiperpigmentasi, nodul vesikel, bulla, makula papula, skuama, urtika, ulkus, krusta
13	Bila seluruh permukaan lesi rata, perhatikan apakah permukaan kulit kering atau basah, dan ada tidaknya rambut halus.
	Uji sensitivitas
14	Menggunakan ujung kapas yang diruncingkan: <ul style="list-style-type: none"> - Sentuhlah kulit penderita yang normal dengan ujung kapas yang diruncingkan dan sedikit dibengkokkan. Biarkan pasien melihat apa dan di mana anda melakukannya. - Minta pasien melihat kearah lain dan lakukan sentuhan dengan kapas mula-mula pada daerah normal, lalu di daerah bercak secara berganti-ganti. Tanyakan apakah pasien merasakan sentuhan tersebut. - mintalah pasien menunjukkan bagian tubuhnya yang disentuh. Catatlah apakah sesuai atau tidak dengan bagian yang disentuh. - Lakukanlah penilaian hasil tes sentuhan tersebut.
15	Melakukan tusukan ringan dengan ujung jarum:

	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukanlah tes yang sama dengan menggunakan tusukan ringan jarum steril, mula-mula pada daerah kulit yang normal. Biarkan pasien melihat apa dan di mana anda melakukannya. - Tutuplah mata pasien dan lakukan tusukan ringan mula-mula pada daerah normal, lalu di daerah bercak secara berganti-ganti. - Lakukanlah penilaian hasil tes tusukan yang anda lakukan.
16	<p>Menggunakan tabung panas dan dingin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukanlah tes yang sama dengan menggunakan dua tabung yang masing-masing berisi air dingin dan air hangat. Mula-mula lakukanlah pada daerah kulit yang normal dan mintalah pasien melihat apa dan di mana anda melakukannya. - Tutuplah mata pasien dan tempelkanlah berganti-ganti kedua tabung tadi mula-mula pada daerah normal, lalu di daerah bercak secara berganti-ganti. - Lakukanlah penilaian hasil tes tabung yang anda lakukan
	Pemeriksaan saraf tepi
17	<p>N. Auricularis magnum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mintalah pasien untuk memalingkan wajahnya ke arah berlawanan dari sisi yang akan diperiksa, sambil memandang ke arah bahu. - Perhatikanlah apakah nampak atau tidak adanya pembesaran N. Auricularis magnum. - Bila pembesaran saraf tidak terlihat, lakukanlah palpasi dengan tetap mempertahankan posisi seperti tadi, telusurilah dengan perabaan daerah sisi leher bagian atas pasien, dari arah craniolateral ke caudomedial. - Rasakanah ada tidaknya penebalan syaraf ini.
18	<p>Pemeriksaan N. Radialis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mintalah pasien untuk menekuk lengannya sehingga membentuk sudut 60^oC pada siku. - Tenangkanlah pasien dan mintalah ia melemaskan otot-ototnya. - Raba dan telusurilah daerah lateral sepertiga lengan atas kira-kira antara daerah pertemuan m. Triceps brachii caput longum dan lateral. - Rasakanlah ada tidaknya pembesaran saraf ini. - Perhatikanlah mimik pasien untuk meengetahui sensitifitas saraf ini.
19	<p>Pemeriksaan N. Ulnaris:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peganglah lengan kanan bagian bawah psien dengan tangan kanan anda. - Posisikanlah siku pasien sedikit ditekuk sehingga lengan pasien rileks. - Gunakanlah jari telunjuk dan jari tengah tangan kiri anda untuk mencari sambil meraba N. Ulnaris di dalam sulkus nervi Ulnaris (lekukan antara tonjolan tulang siku dan tonjolan kecil di bagian medial = epicondylus medialis) - Rasakanlah apakah ada pembesaran saraf atau tidak. - Berikanlah sedikit tekanan ringan pada N. Ulnaris sambil menelusurinya ke arah atas dengan halus, perhatikanlah mimik apakah nampak kesakitan atau tidak.

20	<p>Pemeriksaan N.Medianus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mintalah pasien untuk mengepalkan tangan (jangan terlalu erat), sambil sedikit difleksikan. - Telusurilah daerah antara tendo m. Palmaris longus dan tendo m. Flexor carpi radialis longus dengan ujung-ujung jari anda. - Rasakanlah ada tidaknya pembesaran.Sambil meraba perhatikanlah mimik pasien.
21	<p>Pemeriksaan N. Peroneus Communis (N. Poplitea lateralis)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mintalah pasien duduk di tepi tempat tidur dengan kaki rileks berjuntai. - Duduklah di depan pasien dengan tangan kanan memeriksa kaki kiri pasien dan tangan kiri memeriksa kaki kanan pasien. - Letakkanlah jari tangan dan jari telunjuk anda pada bagian luar pertengahan betis pasien. - Rabalah perlahan-lahan ke arah atas sampai menemukan benjolan tulang,(caput fibula). - Setelah itu rabalah saraf peroneus kira-kira 1 cm dari benjolan tulang tersebut ke arah belakang atas. - Gulirkanlah saraf tersebut dengan tekanan ringan ke kiri dan ke kanan secara bergantian. - Rasakanlah ada tidaknya pembesaran. - Sambil meraba perhatikanlah mimik pasien. - Penderita masih diminta duduk berjuntai dengan santai. - Rabalah N. Tibialis Posterior di bagian belakang bawah dari mata kaki sebelah dalam. - Rasakanlah ada tidaknya pembesaran. - Sambil meraba perhatikanlah mimik pasien.
22	<p>Pembuatan peta kelainan saraf: Buatlah gambarannya pada kertas yang telah disediakan, semua saraf yang ditemukan kelainan.</p>
23	<p>Pemeriksaan gangguan fungsi saraf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksalah kelopak mata pasien untuk melihat adanya gangguan motorik dari N. Fasialis - Periksalah kaki untuk melihat adanya gangguan motorik dan sensoris.
24	<p>Membantu pasien untuk bangun, membantu memasang pakaian dan mempersilahkan untuk kembali duduk.</p>
	<p>Menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang dan rencana pengobatan</p>
25	<p>Jelaskan pada pasien keluarga pasien tentang hasil pemeriksaan yang ditemukan.</p>
26	<p>Jelaskan bahwa untuk diagnosis pasti diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang.</p>
27	<p>Jelaskan tentang diagnosis penyakitnya, rencana pengobatan, prognosis dan komplikasi.</p>
28	<p>Lakukanlah konseling dengan menjelaskan tentang penyakit (sesuai diagnosis), terutama tentang keberhasilan terapi.</p>

29	Jelaskanlah aturan pengobatan dan pastikanlah pasien atau pengantarnya akan mematuhi aturan pengobatan yang akan diterimanya.
30	Ucapkanlah salam perpisahan dengan pasien dengan memberikan harapan pada pasien
	Membuat resume untuk arsip pasien
31	Tulislah resume secara keseluruhan (hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisis, pengobatan sementara yang diberikan dan pemeriksaan penunjang yang diminta) sebagai arsip pasien.

Lembaran kegiatan mahasiswa

2. Uji sensitivitas

Uji kapas:

Uji tusukan jarum:

Uji tabung:

3. Keadaan saraf:

Penebalan N. Auricularis magnum:

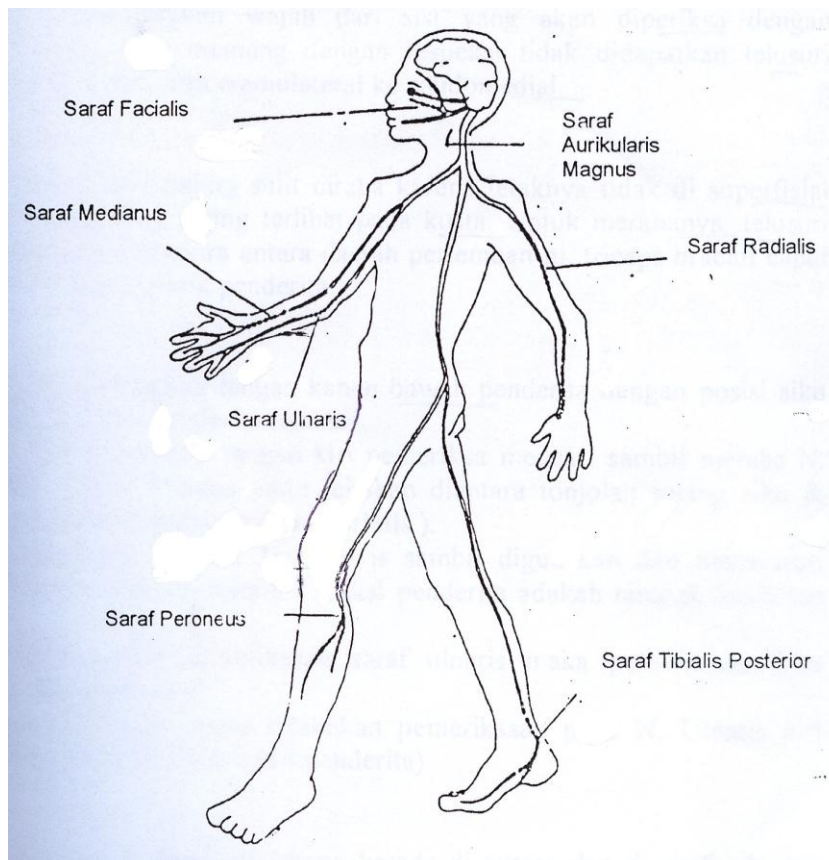
Penebalan N. Radialis:

Penebalan N. Ulnaris:

Penebalan N. Medianus:

Penebalan N. Peroneus Communis (N. Poplitea lateralis):

Peta kelainan saraf:



gangguan fungsi saraf:

Resume:

Lembaran kegiatan mahasiswa

Diagnosis:

Differential diagnosis:

Penatalaksanaan:

Th/

Pemeriksaan penunjang:

ACUAN PEMERIKSAAN PENDERITA SUSPEK LEPRA

A. Dasar diagnosis lepra (kusta)

Diagnosis penyakit lepra atau kusta hanya dapat ditegakkan bila ditemukan salah satu dari **cardinal sign** (gejala-gejala utama).

Gejala-gejala utama penyakit lepra adalah:

1. Lesi kulit yang mati rasa

Kelainan kulit pada lepra dapat berbentuk bercak hipopigmentasi atau kemerahan (eritematous) yang mati rasa. Bisa bersifat kurang rasa (hipestesi) atau tidak merasa sama sekali (anestesi).

2. Penebalan saraf yang nyata disertai gangguan fungsi saraf

Penebalan saraf terjadi sebagai akibat dari peradangan saraf tepi (neuritis perifer).

Neuritis pada lepra dapat disertai atau tanpa disertai gangguan fungsi saraf. Gangguan fungsi saraf yang bisa terjadi:

- a. gangguan fungsi sensoris: anestesi/hipestesi,
- b. gangguan fungsi motoris: parese atau paralise,
- c. gangguan fungsi otonom: kulit kering, retak, edema, dll.

Neuritis pada lepra bisa bergejala nyeri, namun kadang-kadang tidak ada rasa nyeri, yang dikenal sebagai silent neuritis.

3. Basil tahan asam positif

Bahan pemeriksaan untuk melihat adanya BTA diambil dari cairan kulit yang dibuat sediaan langsung (skin smear). Bahan ini biasanya diambil dari cuping telinga atau dari bagian aktif (tepi) suatu lesi pada kulit. Kadang-kadang bahan diambil dengan biopsi kulit atau saraf.

B. Diagnosis

Untuk diagnosis penyakit lepra pada seseorang minimal harus ditemukan satu dari cardinal sign di atas. Bila tidak menemukan satu cardinal sign, maka hanya boleh didiagnosis sebagai **suspek lepra = kusta**. Penderita seperti ini harus diamati dan diperiksa ulang setelah 3 – 6 bulan sampai diagnosis kusta dapat ditegakkan atau disingkirkan.

C. Gejala klinis

a. Tanda-Tanda Dini Penyakit Kusta (lepra)

1. Kelainan Kulit

- Perubahan warna kulit berupa bercak putih seperti panu,
- Bisa berbentuk infiltrat
- Bisa berbentuk nodul

2. Kelainan Saraf Tepi

Pembesaran saraf yang nyata disertai mati rasa, dan atau kelemahan otot di daerah yang dipersarafi (mata, tangan, kaki), atau kadang-kadang berupa nyeri tekan.

b. Tanda-Tanda Penyakit Kusta (Lepra) Lanjut.

Bila penyakit lepra dini tidak diobati atau terlambat ditemukan, maka akan ditemukan gejala klinik yang lebih berat.

1. Kelainan Kulit

Jumlah bercak pada kulit bertambah banyak, bercak lebih tebal dan merah. Kulit menjadi lebih kering.

2. Kelainan Saraf

Saraf menebal disertai gangguan fungsi saraf dan nyeri tekan, bisa terjadi pada satu atau lebih saraf tepi.

Oleh karena fungsi saraf tepi sudah terganggu, kulit yang mati rasa bila kena benturan akan menyebabkan luka (ulkus pada telapak tangan atau kaki), kulit yang kering bisa pecah. Selanjutnya terjadi gangguan pada otot-otot gerak jari-jari tangan dan kaki (kiting/clawing).

Gejala lanjut:

Hidung menjadi kollaps, gynecomasti, madarosis dan lagophthalmus.

PEMERIKSAAN FISIK PASIEN SUSPEK LEPRA

Lakukanlah pemeriksaan di ruangan yang mendapat pencahayaan sinar matahari tidak langsung yang cukup.

Pemeriksaan harus dilakukan secara sistematis di mana penderita duduk berhadapan dengan pemeriksa. Mulailah pemeriksaan dari kepala sampai kaki, kemudian bagian belakang tubuh mulai dari leher, bahu, tubuh bagian belakang, lengan dan kaki.

Pemeriksaan kulit pada seluruh permukaan tubuh klien dengan memperhatikan batas-batas privasi klien.

Pemeriksaan mati rasa

Pemeriksaan anestesi (mati rasa) atau uji sensitivitas dengan menggunakan :

- Kapas dan pasien diminta untuk menunjukkan arah gerakan kapas tersebut.
- Tusukan ringan jarum steril untuk menentukan rasa sakit yang dialami pasien.
- Tabung reaksi panas dan dingin untuk menentukan respon terhadap suhu.
- Bandingkan antara satu lesi dengan lesi lainnya.

Uji sensitivitas dilakukan berganti-ganti pada daerah kulit yang normal dan pada lesi kulit. Pastikan pasien tidak melihat daerah yang disentuh atau ditusuk.

Uji sensitivitas digunakan untuk menilai seberapa besar kerusakan saraf yang terjadi pada pasien. Sedangkan uji pembesaran saraf untuk menilai berapa banyak serabut saraf perifer yang terlibat dan rusak pada penyakit tersebut. Kedua uji ini sering dilakukan pada pasien tersangka penyakit kusta.

Ballpoint atau terali sepeda, dapat dipakai untuk menilai gangguan saraf tepi berdasarkan daerah persarafannya.

Pemeriksaan pembesaran saraf tepi

Pemeriksaan saraf tepi harus dilakukan sistematis dan dilakukan pada ekstremitas kanan dan kiri.

Meraba atau palpasi saraf harus dilakukan sedemikian rupa, sehingga tidak menyakitkan pasien atau menimbulkan kesan tidak baik pada pasien. Kuku jari pemeriksa sebaiknya tidak boleh panjang.

Pada pemeriksaan ini penderita harus dalam keadaan tenang dengan otot yang dilemaskan.

Tentukanlah tempat saraf tepi yang akan diperiksa. Kemudian raba dan rasakanlah adanya pembesaran saraf tepi dimaksud.

Periksalah sebanyak mungkin saraf tepi yang sering terlibat pada lepra.

Buatlah gambarannya pada kertas yang telah disediakan.

1. Pemeriksaan N. Auricularis magnus

Di samping melalui perabaan, pada sebagian besar kasus, pembesaran N. Auricularis magnus bisa ditemukan dengan inspeksi.

2. Pemeriksaan N. Radialis

Merupakan saraf yang paling sulit diraba karena letaknya tidak superfisial seperti saraf lainnya yang sering terlibat pada penyakit lepra. Untuk merabanya telusuri bagian lateral sepertiga lengan atas kira-kira antara daerah pertemuan m. Triceps brachii caput longum dan lateral.

3. Pemeriksaan N. Ulnaris

Saraf ini sukar diraba dari luar, karena itu diperlukan kemahiran dari pemeriksa untuk bisa merabanya.

4. Pemeriksaan N. Medianus

Saraf ini agak sukar dipalpasi karena berada diantara dan di bagian profunda dua tendo (m. Palmaris longus dan m. Flexor carpi radialis longus).

Untuk dapat membedakan dengan mudah adanya penebalan/pembesaran syaraf diperlukan pengalaman palpasi saraf yang normal pada orang yang sehat.

DAFTAR TILIK MANUAL 2

PEMERIKSAAN FISIS SISTEMATIK PASIEEN DENGAN KELUHAN BERCAK PADA KULIT

NO.	Kegiatan yang dinilai
	Persiapan pemeriksaan
1	Melakukan sambung rasa dengan pasien dan keluarganya.
2	Melakukan informed consent pada pasien dan keluarganya.
	Penilaian keadaan umum dan kulit
3	Melakukan pemeriksaan kulit secara menyeluruh.
4	Melakukan pemeriksaan organ lain seperti mata, hidung dan hati pasien.
5	Memeriksa adanya penipisan rambut dan alis.
	Pemeriksaan bercak kulit
6	Letak dan jenis effloresensi.
7	Bagaimana permukaan lesi: kering, basah, ada tidaknya rambut halus.
	Uji sensitivitas
8	Dengan ujung kapas
9	Dengan ujung jarum
10	Dengan tabung
	Memeriksa keadaan saraf
11	Penebalan N. Auricularis magnum.
12	Penebalan N. Radialis.
13	Penebalan N. Ulnaris.
14	Penebalan N. Medianus
15	Penebalan N. Peroneus Communis (N. Poplitea lateralis)
16	Pembuatan peta kelainan saraf.
17	Pemeriksaan gangguan fungsi saraf.
	Menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang dan rencana pengobatan kepada pasien dan membuat resume
18	Menjelaskan pada pasien/keluarganya tentang hasil pemeriksaan yang ditemukan, pemeriksaan penunjang yang diperlukan dan rencana pengobatan.
19	Melakukan konseling.
20	Membuat resume pemeriksaan fisis.

Catatan: Daftar tilik diatas berisi kegiatan yang akan dinilai pada ujian keterampilan dimana instruktur diminta memberikan penilaian kepada mahasiswa untuk dua puluh daftar tilik diatas (lihat lembaran penilaian mahasiswa)

Nilai :

- 0 bila tidak dilakukan
- 1 bila dilakukan tapi belum memuaskan
- 2 bila memuaskan

Contoh lembaran penilaian mahasiswa untuk manual 2

No	Nama	Stambuk	Kegiatan																	Total		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	17	18		19	20
1	Aminah	2006C001	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	36
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						

Skoring untuk manual 2

Total nilai terendah 0, nilai tertinggi 40

Nilai 0-20: tidak terampil

Nilai 21-40: terampil (lulus CSL, nilai ini masih akan diskoring ke C, B & A)

MANUAL 3

KETERAMPILAN ANAMNESIS PASIEN DENGAN KELUHAN UTAMA DEMAM

TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Pada akhir latihan keterampilan ini, mahasiswa diharapkan mampu melakukan anamnesis yang menuntun ke arah diagnosis penyakit tropis dengan keluhan utama demam.

Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

14. Mampu dan terampil melakukan komunikasi dengan pasien
15. Mampu dan terampil membina sambung rasa dan memberikan rasa empati.
16. Mampu dan terampil menggali informasi mengenai demam yang dialami pasien.
17. Mampu dan terampil melakukan anamnesis terpimpin yang mengarah ke diagnosis penyakit tropis dengan keluhan utama demam.
18. Mampu dan terampil menginformasikan kepada pasien mengenai tindakan selanjutnya yang akan dilakukan berdasarkan hasil anamnesis yang telah dikumpulkan.
19. Mampu dan terampil membuat resume dari semua informasi yang didapat pada anamnesis dengan keluhan utama demam.

BAHAN DAN ALAT

- Meja kerja
- Kursi pasien
- Kursi dokter
- Buku status pasien dengan lembaran anamnesis.

DESKRIPSI KEGIATAN

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
1. Pengantar	5 menit	<p>Pengantar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruktur menerangkan tentang tujuan keterampilan ini - Instruktur memperlihatkan bahan dan alat yang diperlukan untuk melakukan keterampilan ini
2. Demonstrasi	20 menit	<p>14. Seorang mahasiswa bertindak sebagai pasien</p> <p>15. Mentor memperlihatkan cara menggali informasi mengenai demam yang dialami pasien.</p> <p>16. Mentor memperlihatkan cara melakukan anamnesis terpinpin yang mengarah ke diagnosis penyakit tropis dengan keluhan utama demam.</p> <p>17. Mentor memperlihatkan cara menginformasikan kepada pasien mengenai tindakan selanjutnya yang akan dilakukan berdasarkan hasil anamnesis yang telah dikumpulkan.</p> <p>18. Mentor memperlihatkan cara membuat resume dari semua informasi yang didapat pada anamnesis dengan keluhan utama demam</p> <p>19. Mahasiswa diminta untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas sehubungan dengan kegiatan keterampilan ini</p>
3. Praktek bermain peran dengan umpan balik	55 menit	<p>11. Mahasiswa dibagi menjadi berpasang pasangan, satu orang berperan sebagai dokter dan satu orang berperan sebagai pasien</p> <p>12. Yang berperan sebagai dokter melakukan kegiatan: menggali informasi mengenai demam yang dialami pasien, melakukan anamnesis terpinpin yang mengarah ke diagnosis penyakit tropis dengan keluhan utama demam, menginformasikan kepada pasien mengenai tindakan selanjutnya yang akan dilakukan berdasarkan hasil anamnesis yang telah dikumpulkan dan membuat resume dari semua informasi yang didapat pada anamnesis dengan keluhan utama demam.</p> <p>13. Bertukar peran</p> <p>14. Mentor berkeliling di antara mahasiswa dan melakukan supervisi</p> <p>15. Mentor mengoreksi hal-hal yang belum sempurna</p>
4. Curah pendapat dan diskusi	10 menit	<p>Mahasiswa diberi kesempatan untuk mengemukakan pendapatnya tentang kegiatan yang dilakukan</p>
Total waktu	90 menit	

LANGKAH KEGIATAN

NO.	Kegiatan yang dilakukan
	Persiapan pasien
1	Parsilahkanlah pasien masuk ke dalam ruangan.
2	Sapalah pasien dan keluarganya dengan penuh keakraban.
3	Perkenalkanlah diri sambil menjabat tangan pasien.
4	Parsilahkanlah pasien dan keluarganya untuk duduk.
5	Tunjukkanlah sikap empati pada pasien.
6	Berikan informasi umum pada pasien atau keluarganya tentang anamnesis yang akan anda lakukan, tujuan dan manfaat anamnesis tersebut untuk keadaan pasien.
7	Berikan jaminan pada pasien dan keluarganya tentang kerahasiaan semua informasi yang didapatkan pada anamnesis tersebut.
8	Jelaskan tentang hak-hak pasien pada pasien atau keluarganya, misalnya tentang hak untuk menolak menjawab pertanyaan yang dianggapnya tidak perlu dijawabnya.
	Anamnesis umum
9	Tanyakanlah data pribadi pasien: nama, umur, alamat, dan pekerjaan
10	Tanyakanlah apa yang menyebabkan pasien datang ke dokter (keluhan utama). Untuk heteroanamnesis tanyakan hubungan pasien dengan pengantar.
	Anamnesis terpimpin
11	Galilah riwayat penyakit yang diderita sekarang. Tanyakan tentang hal-hal berikut : <ul style="list-style-type: none"> • Onset dan durasi demam : timbul mendadak, kapan dan sudah berapa lama demam • Sifat demam : subfebris, tinggi, terus menerus, intermitten, lebih tinggi pada sore dan malam hari, bersifat serangan dengan interval tertentu.
12	Tanyakanlah tentang gejala lain yang menyertai: <ul style="list-style-type: none"> • anoreksia, disfagia, malaise, sakit kepala, artralgia, mialgia, sukar membuka mulut. • manifestasi perdarahan: peteki, ekimosis, epistaksis, hematemesis, melena • menggigil • kejang • gangguan sistem respirasi : batuk, sesak • gangguan gastrointestinal: mual, muntah, nyeri abdomen, diare dengan/tanpa lendir/darah, konstipasi, gangguan sistem urogenitalia: warna urin, oliguria, disuria • ruam kulit: kapan timbulnya, lokasi, penyebaran.
13	Tanyakanlah adanya riwayat penyakit yang sama dalam keluarga atau lingkungan sekitar tempat tinggal.

14	Tanyakanlah tentang riwayat imunisasi (terutama pasien anak)
15	Tanyakanlah riwayat bepergian atau pernah tinggal di daerah endemik penyakit tertentu seperti malaria, filaria, dan lain lain.
16	Tanyakanlah jenis pekerjaan pasien yang mungkin mengarah kepada infeksi tertentu misalnya antrakosis, flu burung.
17	Tanyakanlah adanya riwayat kontak dengan penderita penyakit dengan gejala demam.
18	Tanyakanlah adanya riwayat kontak dengan hewan, terutama golongan avian.
19	Tanyakanlah riwayat pengobatan yang pernah diterima.
	Mengakhiri anamnesis
20	Jelaskanlah pada pasien bahwa fase ini hanyalah fase awal dari serangkaian pemeriksaan untuk dapat mengetahui penyakit yang diderita pasien: dan masih diperlukan pemeriksaan fisis untuk mempertajam diagnosis.
	Membuat resume dari hasil anamnesis
21	Kelompokkan semua hasil yang didapatkan dalam suatu tabulasi
22	Membuat satu diagnosis utama dan diagnosis banding dari hasil anamnesis

Lembaran kegiatan mahasiswa

Resume:

Diagnosis anamnesis:

DAFTAR TILIK MANUAL 3

KETERAMPILAN ANAMNESIS PASIEN DENGAN KELUHAN UTAMA DEMAM

NO.	Kegiatan yang dinilai
Persiapan pemeriksaan	
1.	Melakukan sambung rasa dengan penderita dan keluarganya.
2.	Melakukan informed consent pada klien dan keluarganya.
Anamnesis umum	
3.	Menggali data pribadi klien: nama, umur, alamat, dan pekerjaan
4.	Menanyakan alasan utama datang ke dokter
Anamnesis terpimpin	
5.	Menggali riwayat penyakit berdasarkan keluhan utama.
6.	Menggali gejala lain yang menyertai keluhan utama.
7.	Menggali tentang riwayat penyakit yang sama dalam keluarga atau lingkungan sekitar tempat tinggal.
8.	Menggali tentang riwayat imunisasi (terutama pasien anak).
9.	Menggali tentang riwayat bepergian atau pernah tinggal di daerah endemik
10.	Menggali tentang riwayat kontak dengan penderita penyakit dengan gejala demam.
11.	Menggali tentang riwayat kontak dengan hewan, terutama golongan avian.
12.	Menggali riwayat pengobatan yang pernah diterima
Mengakhiri anamnesis dan membuat resume	
13.	Menjelaskanlah pada klien bahwa fase ini hanyalah fase awal dari serangkaian pemeriksaan untuk dapat mengetahui penyakit yang diderita pasien: dan masih diperlukan pemeriksaan fisis untuk mempertajam diagnosis.
14.	Menyusun hasil anamnesis dan membuat resumennya.

Catatan: Daftar tilik diatas berisi kegiatan yang akan dinilai pada ujian keterampilan dimana instruktur diminta memberikan penilaian kepada mahasiswa untuk empat belas daftar tilik diatas (lihat lembaran penilaian mahasiswa)

Nilai :

- 0 bila tidak dilakukan
- 1 bila dilakukan tapi belum memuaskan
- 2 bila memuaskan

Contoh lembaran penilaian mahasiswa untuk manual 3

No	Nama	Stambuk	Kegiatan														Total
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1	Aminah	2007000C43	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	26
2																	
3																	
4																	
20																	

Skoring untuk manual 3

Total nilai terendah 0, nilai tertinggi 28

Nilai 0-14: tidak terampil

Nilai 15-28: terampil (lulus CSL, nilai ini masih akan diskoring ke C, B & A)

MANUAL 4

KETERAMPILAN PEMERIKSAAN FISIS PASIEN DENGAN KELUHAN UTAMA DEMAM

TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Pada akhir latihan keterampilan ini, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pemeriksaan fisis yang menuntun ke arah diagnosis penyakit tropis dengan keluhan utama demam.

Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

20. Mampu dan terampil melakukan komunikasi dengan pasien.
21. Mampu dan terampil menjelaskan mengenai pemeriksaan fisis yang akan dilakukan.
22. Mampu dan terampil mempersiapkan pasien sebelum pemeriksaan fisis.
23. Mampu dan terampil melakukan penilaian status pasien secara umum dan pengukur tanda vital.
24. Mampu dan terampil melakukan pemeriksaan fisis secara sistematis untuk menegakkan diagnosis pasien dengan keluhan utama demam.
25. Mampu dan terampil menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan dan rencana pengobatan kepada pasien/keluarganya.
26. Mampu dan terampil membuat resume untuk arsip pasien

MEDIA DAN ALAT PEMBELAJARAN

- Air mengalir
- Sabun cair
- Handuk kecil
- Termometer
- Stetoskop
- Tensimeter
- GCS Score
- Spatel
- Senter
- Alat pengukur tinggi badan dan berat badan

DESKRIPSI KEGIATAN

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
1. Pengantar	5 menit	<p>Pengantar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruktur menerangkan tentang tujuan keterampilan ini. <p>Instruktur memperlihatkan bahan dan alat yang diperlukan untuk melakukan keterampilan ini.</p>
2. Demonstrasi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> 20. Seorang mahasiswa bertindak sebagai pasien. 21. Mentor memperlihatkan cara mempersiapkan pasien sebelum pemeriksaan fisis. 22. Mentor memperlihatkan cara melakukan penilaian status pasien secara umum dan pengukur tanda vital. 23. Mentor memperlihatkan cara melakukan pemeriksaan fisis secara sistematis untuk menegakkan diagnosis pasien dengan keluhan utama demam. 24. Mentor memperlihatkan cara menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan dan rencana pengobatan kepada pasien/keluarganya. 25. Mentor memperlihatkan cara membuat resume untuk arsip pasien 26. Mahasiswa diminta untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas sehubungan dengan kegiatan keterampilan ini
3. Praktek bermain peran dengan umpan balik	55 menit	<ul style="list-style-type: none"> 16. Mahasiswa dibagi menjadi berpasang pasangan, satu orang berperan sebagai dokter dan satu orang berperan sebagai pasien. 17. Yang berperan sebagai dokter melakukan kegiatan: menjelaskan mengenai pemeriksaan fisis yang akan dilakukan, mempersiapkan pasien sebelum pemeriksaan fisis, melakukan penilaian status pasien secara umum dan pengukur tanda vital, melakukan pemeriksaan fisis secara sistematis untuk menegakkan diagnosis pasien dengan keluhan utama demam, menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan dan rencana pengobatan kepada pasien/keluarganya dan membuat resume untuk arsip pasien 18. Berganti peran. 19. Mentor berkeliling di antara mahasiswa dan melakukan supervisi 20. Mentor mengoreksi hal-hal yang belum sempurna
4. Curah pendapat dan diskusi	10 menit	<p>Mahasiswa diberi kesempatan untuk mengemukakan pendapatnya tentang kegiatan yang dilakukan</p>
Total waktu	90 menit	

LANGKAH KEGIATAN

No.	Kegiatan yang dilakukan
	Persiapan pasien
1	Menjelaskan mengenai pemeriksaan fisis yang akan dilakukan, tujuan dan manfaatnya
2	Memberikan jaminan pada pasien dan keluarganya tentang kerahasiaan semua informasi yang didapatkan pada pemeriksaan fisis tersebut.
3	Menjelaskan mengenai hak-hak pasien atau keluarganya, misalnya tentang hak untuk menolak untuk diperiksa.
4	Mempersilahkan pasien berbaring dan memastikan pasien mendapat pencahayaan yang baik selama pemeriksaan fisis.
5	Berdiri disebelah kanan pasien.
	Penilaian status pasien secara umum dan tanda vital
6	Lihat dan catatlah keadaan umum pasien: sakit ringan, sakit sedang atau sakit berat.
7	Tentukanlah status gizi : ukur tinggi dan berat badan (sesuai panduan penentuan status gizi).
8	Ukur dan nilailah tanda vital pasien: tekanan darah, denyut nadi dan pernapasan.
9	Ukurlah suhu tubuh aksiler pasien dengan termometer.
10	Nilailah kesadaran: GCS (lihat latihan keterampilan sistem neuropsikiatri).
11	Perhatikanlah adanya tanda renjatan, tanda dehidrasi.
	Pemeriksaan fisis yang untuk menegakkan diagnosis pasien dengan keluhan utama demam.
12	Perhatikan dan nilailah ada tidaknya rhisus sardonikus.
13	Periksalah untuk menilai adanya anemia, ikterus, edema (lihat skills lab dasar diagnostik dan terapi).
14	Perhatikanlah adanya status tifosa: kesadaran menurun, rambut kering, bibir kering/terbelah-belah/terkupas, lidah kotor, pucat.
15	Periksalah adanya manifestasi perdarahan baik spontan (peteki, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis, dan melena).
16	Lakukan uji turniket
17	Perhatikan ada tidaknya effloresensi kulit. Bila ada, nilailah tipe dan lokasi effloresensi kulit: makula, papula, vesikel, krusta, polimorf.
18	Periksalah mulut dan rongga mulut : perhatikan adanya koplik spot, membrane putih kelabu pada tonsil, kemerahan pada farings, atau larings, perdarahan gusi, trismus.
19	Periksalah adanya gag refleks: bukalah mulut pasien dengan menggunakan spatel, bila terjadi kejang, maka gag refleks dinyatakan positif.
20	Lakukanlah pemeriksaan fisik toraks: inspeksi, palpasi dan auskultasi (Lihat Panduan sistem BDT).
21	Lakukanlah pemeriksaan abdomen: nilailah adanya hepatomegali, splenomegali,

	asites, hipertoni otot abdomen.
22	Nilailah adanya opistotonus: pasien dalam posisi supine, masukkanlah lengan anda di bawah punggung pasien, bila lengan dapat masuk, opistotonus (+).
23	Lakukanlah pemeriksaan pembesaran kelenjar: parotis. Inspeksi: lihatlah adanya <i>bullneck</i> . Lakukanlah palpasi dengan tekanan ringan mulai dari untuk menilai adanya pembesaran parotis.
24	Periksalah sistem muskuloskeletal untuk menilai adanya spasme anggota gerak, hiperrefleksia (lihat skills lab sistem neuropsikiatri) dan nyeri tekan otot.
25	Membantu pasien untuk bangun, membantu memasang pakaian dan mempersilahkan untuk kembali duduk.
	Menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang dan rencana pengobatan
26	Jelaskan pada pasien keluarga pasien tentang hasil pemeriksaan yang ditemukan.
27	Jelaskan bahwa untuk diagnosis pasti diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang.
28	Jelaskan tentang diagnosis penyakitnya, rencana pengobatan dan prognosis.
29	Lakukanlah konseling dengan menjelaskan tentang penyakit (sesuai diagnosis), terutama tentang keberhasilan terapi.
30	Jelaskanlah aturan pengobatan dan pastikanlah pasien atau pengantarnya akan mematuhi aturan pengobatan yang akan diterimanya.
20	Ucapkanlah salam perpisahan dengan pasien dengan memberikan harapan pada pasien
	Membuat resume untuk arsip pasien
21	Tulislah resume secara keseluruhan (hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisis, pengobatan sementara yang diberikan dan pemeriksaan penunjang yang diminta) sebagai arsip pasien.

CONTOH LEMBARAN STATUS PASIEN

No Register:

Nama:

Sex:

Umur:

Pekerjaan:

Alamat:

Tanggal/jam: /

ANAMNESIS (hubungan dengan pasien.....jika heteroanamnesis)

Keluhan utama:

Anamnesis terpimpin:

Resume:

KEADAAN UMUM:

Tanda vital: Tensi.....mmHg; Nadi...../menit; pernafasan:.....menit; suhu.....C

Keadaan umum : sakit ringan/sedang/berat

Status gizi: Tinggi.....cm; berat.....kg; gizi kurang/baik/lebih

GCS:

PEMERIKSAAN FISIS:

Inspeksi:

Lembaran kegiatan mahasiswa
Palpasi:

Perkusi:

Auskultasi:

Lembaran kegiatan mahasiswa
Resume:

Diagnosis:

Diferential diagnosis:

Penatalaksanaan:
Th/

Pemeriksaan penunjang:

DAFTAR TILIK MANUAL 4

PEMERIKSAAN FISIS SISTEMATIK PASIEN DENGAN KELUHAN DEMAM

NO.	Kegiatan yang dinilai
	Persiapan pemeriksaan
1	Melakukan sambung rasa dengan pasien dan keluarganya.
2	Melakukan informed consent pada pasien dan keluarganya.
	Penilaian status pasien secara umum dan pengukuran tanda vital
3	Melihat keadaan umum pasien, menilai status gizi dan tanda vital pasien.
4	Menilai kesadaran: GCS dan melihat tanda renjatan, tanda dehidrasi.
	Pemeriksaan fisis yang untuk menegakkan diagnosis pasien dengan keluhan utama demam.
5	Menilai ada tidaknya rhisus sardonikus.
6	Menilai adanya anemia, ikterus, edema.
7	Melihat adanya status tifosa.
8	Melihat manifestasi perdarahan (spontan dan uji turniket)
9	Melihat ada tidaknya effloresensi kulit.
10	Melakukan pemeriksaan mulut dan rongga mulut.
11	Melakukan pemeriksaan adanya gag refleks.
12	Melakukan pemeriksaan pembesaran kelenjar parotis/submandibula.
13	Melakukan pemeriksaan pembesaran kelenjar lymfe terutama axilla dan inguinal.
14	Melakukan pemeriksaan fisik toraks.
15	Menilai adanya opistotonus.
16	Melakukan pemeriksaan abdomen.
17	Melakukan pemeriksaan sistem muskuloskeletal.
	Menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang dan rencana pengobatan kepada pasien dan membuat resume
18	Menjelaskan pada pasien/keluarganya tentang hasil pemeriksaan yang ditemukan, pemeriksaan penunjang yang diperlukan dan rencana pengobatan
19	Melakukan konseling
20	Membuat resume anamnesis dan pemeriksaan fisis.

Catatan: Daftar tilik diatas berisi kegiatan yang akan dinilai pada ujian keterampilan dimana instruktur diminta memberikan penilaian kepada mahasiswa untuk duapuluh daftar tilik diatas (lihat lembaran penilaian mahasiswa)

Nilai :

- 0 bila tidak dilakukan
- 1 bila dilakukan tapi belum memuaskan
- 2 bila memuaskan

Contoh lembaran penilaian mahasiswa untuk manual 4

No	Nama	Stambuk	Kegiatan																	Total		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	17	18		19	20
1	Aminah	2006C001	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	36
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						

Skoring untuk manual 4

Total nilai terendah 0, nilai tertinggi 40

Nilai 0-20: tidak terampil

Nilai 21-40: terampil

MANUAL 5

KETERAMPILAN MENGAMBIL, MEMBUAT DAN MEMERIKSA SEDIAAN BASAH SERTA MENYIAPKAN PENGIRIMAN KEROKAN KULIT

TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah menyelesaikan pelatihan ini, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pengambilan dan pengiriman kerokan kulit secara baik, benar dan efisien.

Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah melakukan latihan keterampilan ini, mahasiswa diharapkan mampu :

1. melakukan persiapan penderita dengan benar
2. melakukan persiapan alat/bahan dengan benar
3. menjalin sambung rasa yang baik dengan pasien
4. memberikan inform concent kepada pasien dengan benar.
5. melakukan cuci tangan biasa dan aseptis dengan benar
6. memasang sarung tangan steril dengan benar, dan melepaskannya setelah pekerjaan selesai.
7. melakukan pengambilan kerokan kulit dengan benar
8. melakukan persiapan dan pengiriman kerokan kulit dengan benar

INDIKASI

- Penderita dengan lesi kulit yang dicurigai menderita dermatomikosis.

ALAT DAN BAHAN YANG DIPERLUKAN

- Air mengalir
- Sabun cair
- Larutan antiseptik
- Handuk kecil atau tissue
- Kapas
- Skalpel (tangkal pisau ukuran no.3 dan pisau no. 15)
- Alkohol 70%
- Lampu spiritus
- Cawan petri atau Kertas steril berukuran minimal 10 X 10 cm yang dalam keadaan terlipat.
- Sarung tangan steril
- 2 bh Baskom berisi larutan Lisol 5%
- tempat sampah medis
- tempat sampah non-medis

ACUAN

Keroklah ke arah atas dengan kemiringan 30° - 45° menggunakan skalpel steril. Lokasi yang dikerok adalah bagian pinggir lesi yang merupakan bagian yang paling aktif dan tertutup sisik.

ALAT DAN BAHAN YANG DIPERLUKAN UNTUK PEMBUATAN & PEMERIKSAAN PREPARAT LANGSUNG KEROKAN KULIT

- Air mengalir
- Sabun cair
- Larutan antiseptik
- Jarum Inokulasi
- Larutan KOH 10%
- Pipet

- Handuk kecil atau tissue
- Kapas
- Alkohol 70%
- Lampu spiritus
- Objek glass
- Cover glass
- Spidol permanen
- Lipatan kertas steril/**cawan petri steril**
- Mikroskop binokuler
- 2 bh Baskom berisi larutan khlorin 0,5%
- Tempat sampah medis
- Tempat sampah non-medis

DESKRIPSI KEGIATAN

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
1. Pengantar	5 menit	Pengantar
2. Demonstrasi	20 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi duduk mahasiswa 2. Dua orang instruktur memberikan contoh bagaimana cara mengambil, membuat dan memeriksa preparat basah, serta menyiapkan pengiriman kerokan kulit. Mahasiswa menyimak/mengamati peragaan dengan menggunakan Penuntun Belajar. 3. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya dan instruktur memberikan penjelasan tentang aspek-aspek yang penting
3. Praktek bermain peran dengan umpan balik	55 menit	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mahasiswa dibagi menjadi pasang-an-pasangan. Diperlukan seorang Instruktur untuk mengamati setiap langkah yang dilakukan oleh setiap pasangan. 3. Secara serentak, setiap pasangan praktek melakukan langkah-langkah pengambilan dan persiapan pengiriman kerokan kulit 4. Instruktur berkeliling diantara pasangan mahasiswa yang praktek untuk melakukan supervisi dan menggunakan ceklis untuk menilai kerja mahasiswa. 5. Bila ada kesalahan prosedur kerja segera instruktur menunjukkan lagi cara melakukan yang benar. 6. Instruktur memberikan pertanyaan dan umpan balik kepada setiap pasangan
4. Curah Pendapat/ Diskusi	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Curah Pendapat/Diskusi : Apa yang dirasakan mudah? Apa yang sulit? Menanyakan bagaimana perasaan mahasiswa yang pada saat melakukan kerokan kulit. Apa yang dapat dilakukan oleh dokter agar pasien merasa lebih nyaman? 2. Instruktur membuat kesimpulan dengan menjawab pertanyaan terakhir dan memperjelas hal-hal yang masih belum dimengerti
Total waktu	90 menit	

PENUNTUN PEMBELAJARAN

KETERAMPILAN MENGAMBIL, MEMBUAT DAN MEMERIKSA SEDIAAN BASAH, SERTA MENYIAPKAN PENGIRIMAN KEROKAN KULIT

NO.	LANGKAH / KEGIATAN
PERSIAPAN PASIEN	
1.	Sapalah klien atau keluarganya dengan ramah dan perkenalkan diri anda, serta tanyakan keadaannya.
2.	Persilahkan klien dan keluarganya untuk duduk
3.	Berikanlah informasi umum pada klien atau keluar-ganya tentang pengambilan kerokan, tujuan dan man-faat untuk keadaan klien.
4.	Berikanlah jaminan pada klien atau keluarganya tentang keamanan pemeriksaan yang dilakukan
5.	Berikan jaminan pada klien atau keluarganya tentang kerahasiaan yang diperlukan oleh klien
6.	Jelaskan pada klien tentang hak-hak klien atau keluarganya, misalnya tentang hak untuk menolak tindakan pengambilan kerokan kulit.
7.	Mintalah kesediaan lisan klien untuk pemeriksaan kerokan kulit
PERSIAPAN PENGAMBILAN KEROKAN KULIT	
8.	Siapkanlah semua alat dan bahan yang diperlukan di atas meja dekat pasien
9.	Tuliskanlah no register/data pasien pada bagian belakang kaca benda, cawan petri atau di bagian luar lipatan kertas steril.
10.	Mintalah pasien untuk duduk atau berbaring (tergantung pada lokasi pengambilan specimen)
11.	Lakukanlah cuci tangan rutin
12.	Pasanglah sarung tangan steril
PENGAMBILAN KEROKAN KULIT	
13.	Periksalah lokasi pengambilan specimen dengan baik
14.	Lakukanlah disinfeksi defek kulit dengan alkohol 70% mulai dari daerah bagian tengah kelainan secara melingkar sampai ke tepi kelainan kulit yang akan dikerok.
15.	Ambilah kapas alkohol yang baru dan lakukanlah didinfeksi kulit di daerah sekitar lesi mulai dari arah luar ke dalam.
16.	Keroklah dengan skalpel steril bagian pinggir lesi ke arah atas dengan kemiringan 30° - 45° .
17.	Bukalah lipatan kertas atau tutup cawan
18.	Ketokkanlah skalpel pada dasar cawan petri atau pada permukaan kertas steril yang telah disiapkan sampai semua sisik-sisik dan serpihan kerokan kulit jatuh pada permukaan kertas atau cawan petri..
19.	Masukkanlah skalpel yang telah dipakai ke dalam baskom berisi lisol 5-10%

MEMBUAT DAN MEMERIKSA SEDIAAN BASAH DARI KEROKAN KULIT	
20.	Ketakkanlah mendatar satu buah kaca benda bersih dengan No. Register/ data pasien pada bagian belakangnya.
21.	Teteskan 1-2 tetes larutan KOH 10%
22.	Basahilah ujung jarum inokulasi dengan larutan KOH lalu ambillah satu atau lebih serpihan kulit pada dasar lempeng petri, dan masukkanlah pada larutan KOH di permukaan kaca benda
23.	Tutupkanlah satu kaca penutup pada tetesan cairan tersebut dengan hati-hati, agar tidak ada udara di antara kaca benda dan kaca penutup.
24.	Pasanglah mendatar pada meja mikroskop.
25.	Tutuplah diafragma mikroskop sekecil mungkin dan turunkanlah kondensor (bila ada) serendah mungkin.
26.	Lihatlah dibawah mikroskop dengan lensa obyektif 10 kali. Putarlah makrometer untuk mendapatkan bayangan yang jelas.
27.	Carilah obyek dengan melihat tepi tetesan cairan.
28.	Setelah menemukan obyek, gantilah lensa obyek ke pembesaran 45 kali.
29.	Catatlah apa yang anda lihat: epitel kulit, spora, hifa.
SETELAH PEKERJAAN SELESAI	
30.	Laplah meja kerja dengan kain yang dibasahi dengan larutan lisol 5-10%
31.	Ambillah sediaan langsung tadi dan masukkanlah dalam baskom berisi lisol
32.	Cucilah tangan yang masih memakai sarung tangan dengan larutan lisol 5%
33.	Bukalah sarung tangan dan buanglah ke dalam tempat sampah medis.
34.	Lakukanlah cuci tangan aseptis.
35.	Ucapkanlah terima kasih dan salam perpisahan pada penderita disertai ucapan semoga cepat sembuh.
PERSIAPAN PENGIRIMAN KEROKAN KULIT	
36.	Periksalah pengemasan dari tempat kerokan kulit: rekatlah tutup lipatan kertas dengan sello tape.
37.	Tuliskanlah pengantar pengiriman kerokan kulit untuk laboratorium yang berisi: <ul style="list-style-type: none"> - data pribadi penderita, - permintaan pemeriksaan: mikroskopis atau/dan biakan - Penjelasan tentang penggunaan lokal anti jamur atau obat lain: obat apa yang dipakai dan kapan dihentikan.
38.	Lipatan kertas dimasukkan dalam amplop dan dikirim dalam suhu kamar bersama amplop surat pengantar ke laboratorium.

Lembaran kegiatan mahasiswa

CONTOH LEMBARAN HASIL PEMERIKSAAN KEROKAN KULIT

No:

Tanggal:

Nama:

Sex:

Umur:

Alamat:

Pekerjaan:

Keluhan utama:

Hasil pemeriksaan kerokan kulit:

Lembaran kegiatan mahasiswa

CONTOH LEMBARAN RUJUKAN

Dr. Sanusi Perangin Angin
No izan praktek 1234567
Alamat praktek: Jalan Kebangkitan no 27
No. telepon: 0411-275634

Makassar,

Kepada Yth:

Di.....

Dengan hormat,

Terkirim kerokan kulit pasien:

Nama:

Sex:

Umur:

Alamat:

Pekerjaan:

Keluhan utama:

Terima kasih,

Dr. Sanusi Perangin Angin

DAFTAR TILIK

MENGAMBIL, MEMBUAT DAN MEMERIKSA SEDIAAN BASAH SERTA MENYIAPKAN PENGIRIMAN KEROKAN KULIT

Petunjuk : Berilah tanda (√) pada kotak yang sesuai.
Berilah Nilai : (0) bila **tidak dilakukan**, (1) bila dilakukan tapi **belum memuaskan**,
 (2) bila **memuaskan**

NO.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
PERSIAPAN		0	1	2
1.	Mampu melakukan sambung rasa dengan pasien dan keluarganya.			
2.	Mampu memberikan informed concent.dengan baik.			
3.	Mampu menyiapkan pasien untuk pengambilan dan pemeriksaan kerokan kulit			
4.	Mampu mengatur pencahayaan			
5.	Menyiapkan semua peralatan yang diperlukan			
6.	Melakukan cuci tangan rutin dan memakai sarung tangan dengan benar			
MEMBUAT & MEMERIKSA KEROKAN KULIT		0	1	2
7.	Melakukan pengambilan kerokan kulit			
8.	Menyimpan kerokan kulit pada lipatan kerta dengan benar			
9.	Melakukan pembuatan praparat basah dari kerokan kulit			
10.	Memeriksa praparat basah di bawah mikroskop dengan benar			
SETELAH SELESAI PENGAMBILAN KEROKAN KULIT		0	1	2
11.	Melakukan pembuangan sampah medis dengan benar.			
12.	Melakukan pembersihan dan didinfeksi lapangan kerja dengan benar.			
13.	Melakukan persiapan pengiriman bahan pemeriksaan dengan benar.			
14.	Berpisah dengan pasien secara baik.			

Komentar / Ringkasan :

Rekomendasi :

Tandatangan Instruktur

Tanggal :

MANUAL 6

KETERAMPILAN PENGAMBILAN DAN PEMBUATAN SEDIAAN APUS CAIRAN KULIT (SKIN SMEAR)

TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah selesai melakukan pelatihan ini, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pengambilan cairan kulit dan membuat sediaan apus cairan kulit (skin smear) secara baik, benar dan efisien.

Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah melakukan latihan keterampilan ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. melakukan persiapan alat/bahan dengan benar.
2. melakukan sambung rasa dengan pasien dan atau keluarganya secara baik.
3. melakukan inform consent pada penderita dan atau keluarganya dengan benar.
4. melakukan cuci tangan biasa dan aseptis dengan benar.
5. memasang sarung tangan steril dengan benar, dan melepaskannya setelah pekerjaan selesai.
6. melakukan pengambilan cairan kulit.
7. melakukan pembuatan dan menyimpan sediaan apus cairan kulit (skin smear) dengan benar.
8. menyiapkan pengiriman sediaan cairan kulit dengan benar.

ALAT DAN BAHAN YANG DIPERLUKAN

- Air mengalir
- Sabun cair
- Larutan antiseptik
- Handuk kecil atau tissue
- Kapas
- Skalpel (tangkai pisau ukuran no.3 dan pisau no. 15)
- Alkohol 70%
- Lampu spiritus
- Kaca benda yang bersih
- 1 bh Baskom berisi larutan Lisol 5%
- Plester
- tempat sampah medis
- tempat sampah non-medis

INDIKASI

Penderita yang bercak kulit anaestesi (mati rasa) atau dengan pembesaran salah satu saraf perifer.

ACUAN

Kelainan kulit pada kelainan lepra biasanya berupa bercak kulit yang bisa berwarna merah atau lebih putih dari kulit normal (hipopigmentasi). Defek ini biasanya mengalami anestesi.

Daerah pengambilan yang baik adalah defek kulit pada cuping telinga atau cuping hidung. Atau pada bagian kulit di tempat lain yang memperlihatkan tanda-tanda dari lepra.

Irisan kulit dengan skalpel pada defek kulit diusahakan hanya sampai pada lapisan dermis, jangan sampai mencapai lapisan subdermis karena pada daerah itu banyak pembuluh darah dan serabut saraf. Darah pada sediaan hapus sangat menyulitkan untuk penemuan basil tahan asam.

Basil lepra biasanya banyak berkumpul pada ujung-ujung saraf sensoris pada lapisan dermis kulit.

DESKRIPSI KEGIATAN

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
1. Pengantar	5 menit	Pengantar
2. Bermain Peran & Tanya Jawab	20 menit	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengatur posisi duduk mahasiswa 5. Dua orang instruktur memberikan contoh bagaimana cara mengambil dan membuat sediaan langsung dari cairan kulit. Mahasiswa menyimak/mengamati peragaan dengan menggunakan Penuntun Belajar. 6. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya dan instruktur memberikan penjelasan tentang aspek-aspek yang penting
3. Praktek bermain peran dengan umpan balik	55 menit	<ol style="list-style-type: none"> 7. Mahasiswa dibagi menjadi pasangan-pasangan. Diperlukan seorang Instruktur untuk mengamati setiap langkah yang dilakukan oleh setiap pasangan. 8. Secara serentak, setiap pasangan berpraktek melakukan langkah-langkah pengambilan dan pembuatan sediaan cairan kulit (skin smear). 9. Instruktur berkeliling diantara pasangan mahasiswa yang praktek untuk melakukan supervisi dan menggunakan ceklis untuk menilai kerja mahasiswa. 10. Bila ada kesalahan prosedur kerja segera instruktur menunjukkan lagi cara melakukan yang benar. 11. Instruktur memberikan pertanyaan dan umpan balik kepada setiap pasangan
4. Curah Pendapat/ Diskusi	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 3. Curah Pendapat/Diskusi : Apa yang dirasakan mudah? Apa yang sulit? Menanyakan bagaimana perasaan mahasiswa yang pada saat mengiris kulit. Apa yang dapat dilakukan oleh dokter agar pasien merasa lebih nyaman? 4. Instruktur membuat kesimpulan dengan menjawab pertanyaan terakhir dan memperjelas hal-hal yang masih belum dimengerti
Total waktu	90 menit	

**PENUNTUN PEMBELAJARAN
KETERAMPILAN MENGAMBIL DAN MEMBUAT
SEDIAAN APUS CAIRAN KULIT**

NO.	LANGKAH / KEGIATAN
PERSIAPAN PASIEN	
1.	Sapalah klien atau keluarganya dengan ramah dan perkenalkan diri anda, serta tanyakan keadaannya.
2.	Persilahkan klien dan keluarganya untuk duduk
3.	Berikanlah informasi umum pada klien atau keluarganya tentang pengambilan cairan kulit, tujuan dan manfaat untuk keadaan klien.
4.	Berikanlah jaminan pada klien atau keluarganya tentang keamanan pemeriksaan yang dilakukan.
5.	Berikan jaminan pada klien atau keluarganya tentang kerahasiaan yang diperlukan oleh klien.
6.	Jelaskan pada klien tentang hak-hak klien atau keluarganya, misalnya tentang hak untuk menolak tindakan pengambilan cairan kulit.
7.	Mintalah kesediaan lisan klien untuk pengambilan cairan kulit.
PERSIAPAN PENGAMBILAN CAIRAN KULIT	
8.	Siapkanlah semua alat dan bahan yang diperlukan di atas meja dekat pasien.
9.	Bersihkanlah kaca benda dan tuliskanlah nomor lab/data pasien pada bagian belakang kaca benda tersebut..
10.	Mintalah pasien untuk duduk di tempat yang terang.
11.	Lakukanlah cuci tangan rutin.
12.	Pakailah sarung tangan DDT.
PENGAMBILAN APUSAN KULIT	
13.	Pilihlah daerah kulit dengan lesi yang mencurigakan, misalnya pada cuping telinga atau cuping hidung.
14.	Lakukanlah tindakan aseptis dengan menyapukan kapas dengan alkohol 70% pada daerah yang akan dipakai sebagai tempat pengambilan, mulai dari daerah tenga memutar ke daerah bagian tepi.
15.	Jepitlah bagian tersebut sedemikian kuat diantara jari kedua dan ibu jari tangan kiri, sehingga permukaan kulit menjadi pucat.
16.	Buatlah sayatan dengan skalpel steril sepanjang $\pm 0,5$ cm dengan kedalaman ± 2 mm (hanya mencapai lapisan teratas dermis).
17.	Putarlah skalpel 90^0 sambil mengerok sisi dan dasar luka sampai didapat semacam bubur jaringan dari epidermis dan dermis yang akan melekat pada permukaan skalpel.
18.	Buatlah sediaan apus, dengan meneteskan bahan pemeriksaan merata pada permukaan kaca objek.
19.	Keringkanlah prarat lalu fikasi dengan nyala api bunsen.
20.	Tekanlah luka sayatan tadi dengan kapas alkohol dan tutuplah dengan plester.
SETELAH PEMBUATAN PREPARAT SELESAI	
21.	Bukalah sarung tangan anda dan buanglah ke tempat sampah medis.
22.	Lakukanlah cuci tangan aseptis.
23.	Masukkanlah preparat dalam rak preparat atau bungkuslah preparat dengan kertas tissue dan masukkan dalam amplove.
24.	Tulislah surat pengantar ke laboratorium

Lembaran kegiatan mahasiswa

CONTOH LEMBARAN
HASIL PEMERIKSAAN SEDIAAN APUS CAIRAN KULIT

No:

Tanggal:

Nama:

Sex:

Umur:

Alamat:

Pekerjaan:

Keluhan utama:

Hasil pemeriksaan apusan cairan kulit:

Lembaran kegiatan mahasiswa

CONTOH LEMBARAN RUJUKAN

Dr. Sanusi Perangin Angin
No. izan praktek 1234567
Alamat praktek: Jalan Kebangkitan no 27
No. telepon: 0411-275634

Makassar,

Kepada Yth:

Di.....

Dengan hormat,

Terkirim sediaan apus cairan.....

Dari pasien :

Nama:

Sex:

Umur:

Alamat:

Pekerjaan:

Keluhan utama:

Terima kasih

Dr. Sanusi Perangin Angin

**DAFTAR TILIK
KETERAMPILAN PENGAMBILAN DAN PEMBUATAN SEDIAAN APUS
CAIRAN KULIT (SKIN SMEAR)**

Petunjuk : Berilah tanda (√) pada kotak yang sesuai.
Berilah Nilai : (0) bila **tidak dilakukan**, (1) bila dilakukan tapi **belum memuaskan**,
 (2) bila **memuaskan**

NO.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
PERSIAPAN				
1.	Mampu melakukan sambung rasa dengan pasien dan keluarganya.			
2.	Mampu memberikan informed consent.dengan baik.			
3.	Mampu menyiapkan pasien untuk pengambilan skin smear.			
4.	Mampu mengatur pencahayaan.			
5.	Menyiapkan semua peralatan yang diperlukan.			
6.	Melakukancuci tangan rutin dengan benar.			
PENGAMBILAN CAIRAN KULIT				
7..	Menentukan dan disinfeksi lokasi pengambilan spesimen.			
8.	Melakukan pengambilan spesimen dengan benar.			
9.	Melakukan pembuatan sediaan cairan kulit (skin smear).			
10.	Melakukan dekontaminasi alat yang telah dipakai.			
SETELAH PENGAMBILAN				
11.	Melakukan persiapan pengiriman sediaan apus..			

Komentar / Ringkasan :

Rekomendasi :

Tandatangan Koordinator/Instruktur Tanggal :

Nama Mahasiswa :

No. Stambuk :